

Rio de Janeiro, 11 de Setembro de 2017

Carta nº: 11628709

A/C: FRANCISCA ALTACI ALVES GOMES

**Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170485157 ASL-0342068/17**

**Vitima: FRANCISCA ALTACI ALVES GOMES**

**Data Acidente: 02/09/2016**

**Natureza: INVALIDEZ**

**Procurador: DENILZE CORREA DANTAS**

**Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL**

**Prezado(a) Senhor(a),**

Recebemos em **01/09/2017** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **02/09/2016**. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Declaração do Proprietário do Veículo faltando página

Esclarecemos que o prazo de regulação do processo aberto encontra-se interrompido e se reiniciará a partir do recebimento da documentação acima indicada, juntamente com cópia da presente correspondência, na **Sabemi Seguradora S/A** onde o aviso de sinistro foi registrado.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito, o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental.

**NÃO PERCA TEMPO!**

**PROVIDENCIE A DOCUMENTAÇÃO PARA COMPROVAR SEU DIREITO À INDENIZAÇÃO DPVAT;**

Em caso de dúvida, entre em contato conosco pelo SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Rio de Janeiro, 11 de Setembro de 2017

Carta nº: 11628991

A/C: FRANCISCA ALTACI ALVES GOMES

**Sinistro/Aviso Sinistro Líder:** 3170485157 ASL-0342068/17

**Vitima:** FRANCISCA ALTACI ALVES GOMES

**Data Acidente:** 02/09/2016

**Natureza:** INVALIDEZ

**Procurador:** DENILZE CORREA DANTAS

**Ref.: AVISO DE SINISTRO**

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que consta em nossos registros, a abertura do pedido de indenização.

Para acompanhar o seu processo, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br), ou ligue para a SAC DPVAT 0800 022 12 04.

Para fazer a consulta, tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário. Ao digitar qualquer um desses números no site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br), não utilize barras, pontos ou traços.

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

- O prazo para recebimento da indenização é de até 30 dias. Durante a análise do seu pedido, podem ser solicitados documentos ou informações complementares.
- Quando isso ocorre, o prazo de 30 dias é interrompido e se reinicia a partir da apresentação dos documentos ou das informações complementares.
- O Valor da garantia é de R\$ 13.500,00 para a Natureza Morte, até R\$ 2.700,00 para reembolso de despesas médicas para a Natureza DAMS, e, para Natureza de Invalidez, é proporcionalmente ao grau da lesão sofrida e, na forma da lei, pode alcançar o limite máximo de R\$ 13.500,00.

#### ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do inicio ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

**Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à Sabemi Seguradora S/A onde o sinistro foi cadastrado.**

Atenciosamente,



Rio de Janeiro, 10 de Março de 2018

**Aos Cuidados de:** FRANCISCA ALTACI ALVES GOMES

**Nº Sinistro:** 3170485157  
**Vitima:** FRANCISCA ALTACI ALVES GOMES  
**Data do Acidente:** 02/09/2016  
**Cobertura:** INVALIDEZ  
**Procurador:** DENILZE CORREA DANTAS

**Assunto: NEGATIVA POR AUSÊNCIA DE COMPROVAÇÃO DOCUMENTAL**

**Senhor(a),**

Até a presente data, não recebemos a documentação complementar solicitada para prosseguimento da análise do seu pedido de indenização cadastrado sob o sinistro **número 3170485157**.

Tendo em vista que a pendência não foi sanada no período de 180 dias, informamos que o seu pedido de indenização foi negado.

Caso deseje dar continuidade ao seu pedido de indenização, procure o ponto de atendimento onde o seu processo foi aberto para apresentar os documentos complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

**Atenciosamente.**

**Seguradora Líder-DPVAT**

Carta nº 12497159



Seguradora Líder - DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO 

0014-

Nº DO SINISTRO

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com dados do beneficiário da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, Francimica Altaci Alves GomesPORTADOR(A) DO RG Nº 268.347 EXPEDIDO POR SSP/RR EM 08/08/2002 ECPF 81865009234 /CNPJ 00000000000000000000, PROFISSÃO Do lar

E RENDA MENSAL DE R\$ 0,00 (\*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Francimica Altaci Alves Gomes, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(\*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados não devem, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício - nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funtionário;
- Conta Empresarial - nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou ETD;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta com o documento de comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL [www.receita.fazenda.gov.br](http://www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito);
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.

**IMPORTANTE:** Também não devem ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

## PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO \_\_\_\_\_ N° da AGÊNCIA (com dígito, se existir) \_\_\_\_\_ N° da CONTA (com dígito, se existir) \_\_\_\_\_

## PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO 104 N° da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 3906 N° da CONTA (com dígito, se existir) 2330-8

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCritAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU CÓMOQUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

Bia Vista RR, 07 de Março de 2017

LOCAL E DATA

Francimica Altaci Alves Gomes

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

## 1 ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago aos legítimos beneficiários, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médica-hospitalares.

- Para acompanhar o processo de análise em pedido de indenização, acesse [www.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br) ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0721204.



POLICIA CIVIL DO ESTADO DE RORAIMA  
DELEGACIA DE ACIDENTE DE TRANSITO  
BOLETIM DE OCORRÊNCIA



BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 240 /2017 - Boa Vista-RR, em  
06/03/2017.

COMUNICANTE: FRANCISCA ALTACI ALVES GOMES

RG: 263.317 EXP.: SSP/RR CPF.: 818.650.072-34

ENDEREÇO: RUA S-22 N°: 1788

BAIRRO: SANTA LUZIA CIDADE: BOA VISTA

SEXO: FEMININO PROFISSÃO: DO LAR

NATURALIDADE: CARACARAI ESTADO: RORAIMA

DATA DE NASCIMENTO: 08/06/1984 IDADE: 32 GRAU DE INSTRUÇÃO: ENS.MEDIO COMPLETO

ESTADO CIVIL: SOLTEIRA TELEFONE: (95) 99120-8948 N° REG. CNH: NAO

NOME DO PAI: ALTAMIRO ALVES DE CARVALHO

NOME DA MÃE: MARIA ANALIA GOMES CARVALHO

Senhor Delegado, venho comunicar que aproximadamente às 15:30 H do dia 02/09/2016, na RUA: MELO JUNIOR, Bairro: CAMBARA, Município: BOA VISTA-RR, aconteceu o seguinte fato:

A comunicante informa que conduzia a motocicleta HONDA/ BIZ 125 ES PLACA: NAQ-9370 CHASSI: 9C2JA04206R001205 RENAVAM: 00867883138 de propriedade da Sra. ELIANA DE SOUZA CAVALCANTE pela rua acima citada quando um veículo de PLACA, COR, CHASSI E PROPRIETÁRIO não identificado invadiu a sua preferencial e não tendo como evitar a colisão entre os veículos batendo em sua lateral, vindo a cair juntamente com sua filha SARHA GABRIELY GOMES IPIAPINA que estava na sua garupa, informa ainda que após o ocorrido foram socorridas pela EQUIPE DO SAMU e encaminhadas ao PSE-HGR. E o relato.

NATUREZA DA OCORRÊNCIA: (Código 14.999) - APOIO SERVIÇOS DIVERSOS.  
OSSERVAÇÃO: REGISTRO EXCLUSIVO PARA FINS DE SEGURO DPVAT

SABEMI SEGURADORA S/A

01 SET. 2017

RECEBIDO

DE ORDEM DO DELEGADO  
RECEBIMENTO E CONFERÊNCIA

*06/03/17*  
DAT

Conferente / Recebedor

DOCUMENTOS ANEXOS

- |   |  |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"><li>RG E CPF</li><li>CNH</li><li>CRLV</li><li>PRONTUÁRIO MÉDICO</li></ul> | <ul style="list-style-type: none"><li>ROP/PM OU BAT/PRF</li><li>FICHA DO SAMU OU RESGATE</li><li>COMPROVANTE DE ENDEREÇO</li></ul> |
|---|--|

06 MAR. 2017

ASSISTÊNCIA DE POLICIA



## DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, Francinca Altair Alves Gomes,  
portador da carteira de identidade nº 263.317 e inscrito  
no CPF/MF sob o nº 818650072734 (número de identificação),  
município na  
Rua: S-22

Nº 1788, Bairro: Santa Luzia Cidade  
Bonfim Estado Roraima CEP 69317-170,

declare, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal - IML para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- ( ) Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou  
( ) O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou  
(X) O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento a análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

Bonfim / RR - 07 - de - Maio - 2017

Francinca Altair Alves Gomes

Assinatura do declarante  
conforme documento de identificação

SABEMI SEGURADORA S/A

01 SET. 2017

RECEBIDO

# FICHA DE ATENDIMENTO



Unidade:  
192

Unidade: SAV Equipe: Plantão, Encarregado, 2º  
 Paciente: Evandro Bittar Alves Gomzi Idade: 32 Sexo: F  
 Endereço: Rua Jeferson Cidade: Caçapava  
 N° 16379 DATA 02/10/16 HORA: 15:59  
 Médico (a) Regulador (s) Dr. (a) CRM: DR. Paula 26:03:8110

CHAMADA

MOTIVO:  SOCORRO  TRANSPORTE  ATENDIDO NO LOCAL  OUTRO

AVALIAÇÃO NO LOCAL DA OCORRÊNCIA (no local do acidente)

MECANISMO DE TRAUMA			
<b>AUTOMÓVEL</b> <input checked="" type="checkbox"/> Cinto <input checked="" type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/> Vítima <input type="checkbox"/> projetada <input type="checkbox"/> encarcerada <input checked="" type="checkbox"/> Air Bag: <input checked="" type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/> Motorista: <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> Passageiro: <input type="checkbox"/> dianteiro <input type="checkbox"/> traseiro <input type="checkbox"/> Capotamento <input type="checkbox"/> Atropelamento <input type="checkbox"/> Colisão: <u>Y</u> <u>COLISÃO</u>		<b>VIOLENCIA</b> <input type="checkbox"/> FAB <input type="checkbox"/> PAF <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> Espontâneo: _____  <b>MOTO:</b> <input checked="" type="checkbox"/> Condutor <input type="checkbox"/> Carona <input checked="" type="checkbox"/> Capacete <input checked="" type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> queda <input type="checkbox"/> Atropelamento <input type="checkbox"/> Colisão: <u>Y</u> <u>COLISÃO</u>	
<b>BICICLETA:</b> <input type="checkbox"/> Condutor <input type="checkbox"/> Carona <input type="checkbox"/> queda <input type="checkbox"/> Atropelamento <input type="checkbox"/> Colisão: _____		<b>Violência Doméstica</b> <input type="checkbox"/> Violência Sexual <input type="checkbox"/> Tentativa de suicídio <input type="checkbox"/> Outro: _____	

Comunicação de uso de documento

000001

AVALIAÇÃO INICIAL			
Vias Aéreas	Ventilação	Circulação	Aval. Neurológica
<input checked="" type="checkbox"/> Disponível <input checked="" type="checkbox"/> Bradipneia <input checked="" type="checkbox"/> Taquipneia <input checked="" type="checkbox"/> Resp. Ruim <input checked="" type="checkbox"/> Obstruída <input checked="" type="checkbox"/> Apneia <input checked="" type="checkbox"/> Outro: <u>respiração</u>	<input checked="" type="checkbox"/> M.V. Diminuída <input checked="" type="checkbox"/> M.V. Ausente <input checked="" type="checkbox"/> Hipotensão <input checked="" type="checkbox"/> Bradicardia <input checked="" type="checkbox"/> Ferida Aspirativa: <u>bilateral</u>	<input checked="" type="checkbox"/> Bradicárdico <input checked="" type="checkbox"/> Taquicárdico <input checked="" type="checkbox"/> Arritmico <input checked="" type="checkbox"/> Enchimento capilar acima da 2 <sup>a</sup> <input checked="" type="checkbox"/> Ausente <u>RCR 27</u>	<input checked="" type="checkbox"/> AVDN <input checked="" type="checkbox"/> Miase <input checked="" type="checkbox"/> Midriase <input checked="" type="checkbox"/> Anisocoria <input checked="" type="checkbox"/> Otorreia <input checked="" type="checkbox"/> Olfato <input checked="" type="checkbox"/> Rinorreia <input checked="" type="checkbox"/> Aparelho auditivo ok <input checked="" type="checkbox"/> ONV

RECEBIDO

01-SET-2017

SINAIS VITAIS E ESCORES								
Hora	P.A mmHg	F.C bpm	F.R Mpm	Sat O <sub>2</sub> %	T. Axar °C	Glicemia	Trauma	APGAR
Initial	100	92	100	96%				
Final	142	100	98					

AVALIAÇÃO SECUNDÁRIA							
Pele	Cabeça	Face	Pescoço	Tórax	Abdome		
<input checked="" type="checkbox"/> Curada <input checked="" type="checkbox"/> Contusão <input checked="" type="checkbox"/> Pálida <input checked="" type="checkbox"/> Fria <input checked="" type="checkbox"/> Úmida <input checked="" type="checkbox"/> Seca <input checked="" type="checkbox"/> Cicatrizica	<input checked="" type="checkbox"/> Contusão <input checked="" type="checkbox"/> Escoriações <input checked="" type="checkbox"/> Lacerção <input checked="" type="checkbox"/> Hematoma <input checked="" type="checkbox"/> Avermamento <input checked="" type="checkbox"/> Fer. <input checked="" type="checkbox"/> Penetrante	<input checked="" type="checkbox"/> Contusão <input checked="" type="checkbox"/> Escoriações <input checked="" type="checkbox"/> Lacerções <input checked="" type="checkbox"/> Hematoma <input checked="" type="checkbox"/> Fingimento nasal	<input checked="" type="checkbox"/> Escoriações <input checked="" type="checkbox"/> Lacerções <input checked="" type="checkbox"/> Hematoma <input checked="" type="checkbox"/> Desvio da traqueia <input checked="" type="checkbox"/> Endemita Sub-Culana	<input checked="" type="checkbox"/> Escoriações <input checked="" type="checkbox"/> Lacerções <input checked="" type="checkbox"/> Tórax instável <input checked="" type="checkbox"/> Resp. paradoxal <input checked="" type="checkbox"/> Tamponamento	<input checked="" type="checkbox"/> Escoriações <input checked="" type="checkbox"/> Lacerções <input checked="" type="checkbox"/> Tórax <input checked="" type="checkbox"/> Respiratória <input checked="" type="checkbox"/> Hemorragia <input checked="" type="checkbox"/> Desvio da traqueia <input checked="" type="checkbox"/> Endemita Sub-Culana		
<input checked="" type="checkbox"/> Contusão <input checked="" type="checkbox"/> Escoriações <input checked="" type="checkbox"/> Dor <input checked="" type="checkbox"/> Instabilidade	<input checked="" type="checkbox"/> Contusão <input checked="" type="checkbox"/> Hematoma <input checked="" type="checkbox"/> Dor <input checked="" type="checkbox"/> Instabilidade	<input checked="" type="checkbox"/> Contusão <input checked="" type="checkbox"/> Escoriações <input checked="" type="checkbox"/> Lacerções <input checked="" type="checkbox"/> Luxações	<input checked="" type="checkbox"/> Contusão <input checked="" type="checkbox"/> Escoriações <input checked="" type="checkbox"/> Lacerções <input checked="" type="checkbox"/> Luxações	<input checked="" type="checkbox"/> Fratura <input checked="" type="checkbox"/> Amputação	<input checked="" type="checkbox"/> Escoriações <input checked="" type="checkbox"/> Lacerções <input checked="" type="checkbox"/> Desvio da traqueia <input checked="" type="checkbox"/> Endemita Sub-Culana		
<u>5/ acinegás</u>				<u>5/ luxações</u>			
Pele	Coluna Dorsal	Membros					
<input checked="" type="checkbox"/> Contusão <input checked="" type="checkbox"/> Escoriações <input checked="" type="checkbox"/> Dor <input checked="" type="checkbox"/> Instabilidade	<input checked="" type="checkbox"/> Contusão <input checked="" type="checkbox"/> Hematoma <input checked="" type="checkbox"/> Dor <input checked="" type="checkbox"/> Instabilidade	<input checked="" type="checkbox"/> Contusão <input checked="" type="checkbox"/> Escoriações <input checked="" type="checkbox"/> Lacerções <input checked="" type="checkbox"/> Luxações	<input checked="" type="checkbox"/> Fratura <input checked="" type="checkbox"/> Amputação				

AVALIAÇÃO CARDIACA				AFLAÇÃO CLÍNICA				HISTÓRIA PREGRESSA			
<input checked="" type="checkbox"/> Ritmo Sinusal <input checked="" type="checkbox"/> Taquicardia <input checked="" type="checkbox"/> Bradicardia <input checked="" type="checkbox"/> Fibrilar	<input checked="" type="checkbox"/> Fibrilação atria <input checked="" type="checkbox"/> Fibrilação ventricular <input checked="" type="checkbox"/> Assitofia	<input checked="" type="checkbox"/> Respiratória <input checked="" type="checkbox"/> Neurológica <input checked="" type="checkbox"/> Parâquidea <input checked="" type="checkbox"/> Metabólica <input checked="" type="checkbox"/> Cardiovascular <input checked="" type="checkbox"/> Aborto	<input checked="" type="checkbox"/> Digestiva <input checked="" type="checkbox"/> Infecciosa <input checked="" type="checkbox"/> Obstétrica <input checked="" type="checkbox"/> Pediatrica <input checked="" type="checkbox"/> Outra	<input checked="" type="checkbox"/> Diabetes <input checked="" type="checkbox"/> Cardiopatia <input checked="" type="checkbox"/> HAS	<input checked="" type="checkbox"/> Alergias <input checked="" type="checkbox"/> Outros						
<input checked="" type="checkbox"/> GRAVIDADE COMPROVADA	<input checked="" type="checkbox"/> LEVOS <input checked="" type="checkbox"/> SEVERA	<input checked="" type="checkbox"/> PEQUENA <input checked="" type="checkbox"/> MORTE	<input checked="" type="checkbox"/> MÉDIA <input checked="" type="checkbox"/> INDETERMINADA	<input checked="" type="checkbox"/> OUTRO							

Assinatura e Câmbio Médico (Unidade de Destino)				MULTIPLOS MEIOS AÇÃOANDOS			
<input checked="" type="checkbox"/> Cancelamento <input checked="" type="checkbox"/> Recusa de Atendimento <input checked="" type="checkbox"/> Não se encontrava no local <input checked="" type="checkbox"/> Recusa de hospitalização <input checked="" type="checkbox"/> Trotar <input checked="" type="checkbox"/> Bombordo no local:	<input checked="" type="checkbox"/> Polícia Militar <input checked="" type="checkbox"/> Guarda Municipal <input checked="" type="checkbox"/> SMTRAN <input checked="" type="checkbox"/> Bombeiro <input checked="" type="checkbox"/> Outros:	<b>CONFIRME COM O ORIGINAL</b> <u>EM 27/01/17</u> <u>Stephanie</u>					

DADOS PESSOAIS DA VITIMA	
<input checked="" type="checkbox"/> Iniciada as: _____ <input checked="" type="checkbox"/> Término as: _____ <input checked="" type="checkbox"/> RCP com sucesso <input checked="" type="checkbox"/> RCP sem sucesso <input checked="" type="checkbox"/> Obs: _____	

<b>DESTINO</b> <input type="checkbox"/> Atendido no local <input type="checkbox"/> Trauma HGR <input type="checkbox"/> Pronto Atendimento <input type="checkbox"/> Coronel Mota	<input type="checkbox"/> Cosme e Silva <input type="checkbox"/> HCSA <input type="checkbox"/> Maternidade <input type="checkbox"/> Outros
---	--

EMENTE DO PACIENTE	Descrição:
	Nome do Receptor:
	Função do Receptor:
	Assinatura do Receptor:
TERMO DE RECUSAS	Declaro, para os devidos fins que estou recusando o atendimento médico disponibilizado pelo SAMU/Boa Vista, nesta oportunidade:  Assinatura do Paciente: _____ RG: _____

Encontro: paciente em via pública, deitado de bruços, com postura cônica, colaborativa, já em abandono de pelos torácicos. Observação: deformidade em MTC (ruptura de fibra e fibril), queixando de dor local, sem outras queixas, nem outras alterações no exame físico (tumores de fructal, excreções / sangramento)

ESCALA DE COMA DE GLASGOW				ESCORE DO TRAUMA	
	Adulto	Menores de 5 anos	Escalet		
Alerta Ocular	Abre espontaneamente	Abre espontaneamente	4 <input checked="" type="checkbox"/>	0 - 24	4 <input checked="" type="checkbox"/>
	Com estímulos auditivos	Com estímulos auditivos	3 <input type="checkbox"/>	25 - 33	3 <input type="checkbox"/>
	Com estímulos dolorosos	Com estímulos dolorosos	2 <input type="checkbox"/>	≥ 36	2 <input type="checkbox"/>
	Não abre os olhos	Não abre os olhos	1 <input type="checkbox"/>	31 - 69	1 <input type="checkbox"/>
Alerta Mental	Orientado	Bulbário	5 <input type="checkbox"/>	0	0 <input type="checkbox"/>
	Confuso	Chora irritado	4 <input type="checkbox"/>	> 90	4 <input checked="" type="checkbox"/>
	Paroxysmos inapropriados	Choro a dor	3 <input type="checkbox"/>	70 - 89	3 <input type="checkbox"/>
	Sons ou gemidos	Gemido a dor	2 <input type="checkbox"/>	50 - 69	2 <input type="checkbox"/>
Alerta Motor	Nenhum	Nenhum	1 <input type="checkbox"/>	31 - 49	1 <input type="checkbox"/>
	Obediente a estimulações	Movimentos espontâneos	6 <input checked="" type="checkbox"/>	0	0 <input type="checkbox"/>
	Locomoção a dor	Reação ao toque	5 <input type="checkbox"/>	14 a 15	5 <input checked="" type="checkbox"/>
	Flexão normal	Reação a dor	4 <input type="checkbox"/>	11 a 13	4 <input type="checkbox"/>
	Flexão exagerada	Flexão normal	3 <input type="checkbox"/>	8 a 10	3 <input type="checkbox"/>
	Extensão a dor	Flexão exagerada	2 <input type="checkbox"/>	5 a 7	2 <input type="checkbox"/>
	Nenhum	Nenhum	1 <input type="checkbox"/>	3 a 4	1 <input type="checkbox"/>
	ESCALA DE GLASGOW		16	ESCORE DO TRAUMA	

ESCALA DE GLASGOW 15 ESCALAS DE MARSHAL

mané). Sintomas de dor intensa. Foi feita colicoterapia de colar cervical, imobilização MI (1), prancha cervical, cinto cinturão pélvico, administrando fenazepam 40mg + SF 1.4. Sintomas (2). Conduziu a UT.

1. Pacien refer was caputus que samburante  
student:    

convidar que automóvel no local, elembulando, sem  
quintas, para agradar meus netos.

Dra. Renata Braga  
Medicina  
CRM-RJ 1793

2010 RELEASE UNDER E.O. 14176

EM 23/04/13

Stephanie

20ml

GESTANTE		MATERIAL E MEDICAÇÃO	
IG p/ semana:	Movimentos fetais:	Cílico 30	Esperadrap
Perda de líquido:	BCF:	SESTAV. 30 ml (RL)	Cj. e queijo m ins
<input checked="" type="checkbox"/> Com cartão	<input type="checkbox"/> Sem cartão	OLTRIMOLICAM	
		o 2 ataduras	algodão
		o 2 banos de leva	o 1 caminhadas



**Eletrobras**  
Distribuição Roraima

Eletrobras Distribuição Roraima  
Av. Capitão Elio Gómez, 881 - Centro - Boa Vista - RR  
CNPJ: 02.341.472/0001-14 NIRE: 24.001.022.3  
Nro. Fólio 1 Conta de Energia Elétrica - Série B-1  
Ribeirão das Neves/RJ - Informações: 0800 308113

Para receber seu 1º  
boleto, informe  
seu NÚMERO  
SEU CÓDIGO  
608.008  
VALIDADE 30/10/2016



www.eletrobras.com.br

Nº da Nota Fiscal 000030068

A Fazenda Sociedade Energética Elétrica - TSEEE foi criada  
 pela Lei nº 10.430 de 28 de outubro de 2002.

DATA DE CONTA (MES/ANO)	VENIMENTO (MES/ANO)	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
OUTUBRO/2016	01/11/2016	787	492,40

ELCICLEIA MARES VICENTE  
R. S 22 1788 SANTA LUZIA  
CPF: 0000000000000000  
CEP: 69.317-170 - BOA VISTA

ROT: 28.001.26.19.069100

DADOS DA LEITURA		DADOS DA LEITURA	
Atual:	34097	Anterior:	13/10/2016
Anterior:	33310	Anterior:	13/09/2016
Consumo de Monetização:	1.000	Próxima Leitura:	13/11/2016
Consumo Atual:	787	Entrega:	13/10/2016
Consumo Período:	787	Apresentação:	13/10/2016

Termo de Fazenda Energética Elétrica - TSEEE

DATA DE CONTA (MES/ANO)

Classe/Subclasse 1 parte Número Matriz 1 parte Código Faz. Matriz 12 meses

RESIDENCIAL 1 B356144 E22351397 11143276 02182310

HISTÓRICO (kWh) DESCRIÇÃO DA CONTA

Mês/Ano	Consumo	DEVOUCAO RES. 395/09 07/16	390,96
SET/16	745		4,14
AGO/16	677		0,09
JUL/16	672	MUITA POR ATRASO DE 1 09/16-00	0,34
JUN/16	788	JUROS DE MORA POR ATR 09/16-00	0,01
MAI/16	790	MULTA POR ATRASO 09/16-00	0,28
ABR/16	861	JUROS DE MORA DE IMP0.09/16-00	0,89
MAR/16	1031	ILUMINACAO PUBLICA	16,17
FEV/16	972		
JAN/16	911		
DEZ/15	769		
2016 S/ TRIBUTOS:			
	84761 - 0.48540		

**MESES SIGUIENTES IMPORTANTES / REAVISO DE VENCIMENTO**

SEM CASO DE SINISTRO, DATA DE VENCIMENTO DA CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA SERÁ: 01/11/2016. CASO DE SINISTRO, AGRACIADO DE SERVIÇOS DE ELETROBRAZ, SERÁ: 01/11/2016. PODERÁ SER CANCELADA A DATA DE VENCIMENTO DA CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA, CONSCIENTE, PARA NÃO REGULARIZAR DEPOIS DE 15 DIAS DE VENCIMENTO. CLIQUE NO LINK DA FICHA DE CONTA VENCIMENTO DE 01/11/2016. Por favor, leia o termo de vencimento de 01/11/2016. Neste termos, ficamos, Vencida, essa Fazenda Energética Elétrica - TSEEE, a responsabilidade de informar a data de vencimento da conta de energia elétrica, que é 01/11/2016.

RESERVADO AO FISCO: CEE: 46ES, 614F, 0348, 6459, 6885, 6892, 1132

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		IMPOSTOS/VALORES - R\$	
Despesa:	147,00	Base de Cálculo:	390,96
Energia:	151,59	Alíquota ICMS:	17,00%
Transmissão:	0,00	Valor do ICMS:	66,46
Encargos:	21,44	Valor do PIS:	0,72
Itens:	70,93	Valor do COFINS:	3,75

INSCRIÇÕES DE CONTINUIDADE		INSCRIÇÕES	
Mon:	10-09-16	VAL:	10-10-16
VAL:	5,67 11,34 22,69 4,11 8,23 16,47 3,29	VAL:	10-10-16

VALORES		VALORES	
Mon:	0,00	VAL:	0,00
VAL:	0,00	VAL:	0,00
Contra:	0,00	Contra:	0,00

**SACEMI SEGURADORA S/A**

01 SET. 2017

**RECEBIDO**

## DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, FRANCISCA ALTACI ALVES GOMES

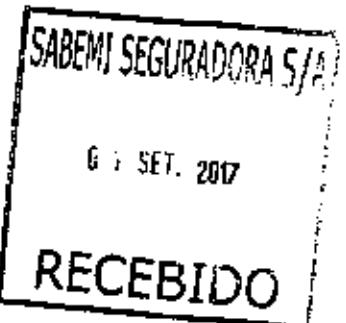
RG: 268.317, Data de emissão 08/08/2002 Órgão SSP-RR, CPF nº: 818.650.072-34 venho perante a este instrumento declarar que não posso comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	S - 22
Número	1788
Apto / Complemento	Casa
Bairro	Santa Luzia
Cidade	Boa Vista
Estado	Roraima
CEP	69317 - 170
Telefone de Contato	(95) 99120 - 8948
E-mail	lidian.boavista.pendencia@hotmail.com

Por ser verdade, firmo-me.

BOA VISTA/RR 07/03/2017

Assinatura do Declarante: Francisca Altaci Alves Gomes




**ELETROBRAS DISTRIBUIÇÃO RORAIMA**

AVENIDA CAPITÃO ENE GARCEZ, 691, CENTRO - BOA VISTA

Distribuição Roraima

CNPJ: 02.341.470/0001-44

IE: 240070223

**VIA PARA PAGAMENTO DE CONTA DE ENERGIA**

NF: 131508

**MARLON TAVARES DANTAS**

AV GEN ATAIDE TEIVE, 2732

LIBERDADE

69309000 BOA VISTA

RR

CÓDIGO ÚNICO 196991	MÊS 01/2017	PERÍODO DE CONSUMO 26-DEC-16 a 25-JAN-17
CONSUMO (kWh) 1037	VENCIMENTO 10-FEB-17	TOTAL A PAGAR R\$ 645,57

**OBSERVAÇÕES**

- A taxa referente a emissão de segunda via de pagamento não será cobrada
- Ligue EDRR: 0800 70 19 120

autenticação mecânica

recorte aqui


**Eletrobras**  
 Distribuição Roraima

**ELETROBRAS DISTRIBUIÇÃO RORAIMA**

AVENIDA CAPITÃO ENE GARCEZ, 691, CENTRO - BOA VISTA

CNPJ: 02.341.470/0001-44

IE: 240070223

CÓDIGO ÚNICO 196991	MÊS 01/2017	TOTAL A PAGAR R\$ 645,57
------------------------	----------------	-----------------------------

836600000068.455700750009.000000000190.699101170057



SABEMI SEGURADORA S/A

01 SET. 2017

RECEBIDO

## DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

*Eu, DENILZE CORRÉA DANTAS*

*CNH N°: 04953412311 Órgão DETRAN/RR expedido em 25/08/2014*

*CPF nº: 792.657.152-00 venha perante a este instrumento declarar que não posso comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:*

<i>Logradouro (Rua/Avenida/Praça)</i>	<b>AV GENERAL ATAIDE TEIVE</b>
<i>Número</i>	<b>2732-A</b>
<i>Apto / Complemento</i>	<b>Apto</b>
<i>Bairro</i>	<b>LIBERDADE</b>
<i>Cidade</i>	<b>BOA VISTA</b>
<i>Estado</i>	<b>RORAIMA</b>
<i>CEP</i>	<b>69.309-000</b>
<i>Telefone de Contato</i>	<b>(95) 99117-5392</b>
<i>E-mail</i>	<b>Liderboavista.pendencia@hotmail.com</b>

*Por ser verdade, firmo-me.*

*LOCAL Pará de Minas - RR DATA 07/03/17  
Assinatura do Declarante: Denilze Corrêa Dantas*

**SABEMI SEGURADORA S/A**

**01 SET. 2017**

**RECEBIDO**



**DECLARAÇÃO**  
**Circular Susep nº 445/12 – Prevenção à Lavagem de Dinheiro**

A Circular SUSEP<sup>1</sup> nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações e documentos requisitados neste formulário não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

<sup>2</sup> Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/96.

Pelo exposto, eu Denilze Corrêa Dantas, portador(a) do  
RG nº 04953412311, expedido por Detran IRR, em  
25/10/2014, CPF/CNPJ nº 792.657.152-00,  
na qualidade de procurador(a)/intermediário(a) do beneficiário (a) Francisca  
Altair G. Gomes do sinistro de DPVAT da natureza Invalidez  
da vítima Francisca Altair Alves Gomes, e conforme  
determinação da Circular SUSEP nº 445/12, declaro as informações solicitadas:

Profissão: não informada Renda Mêsal: R\$ não informada

Documentos comprobatórios: não informada

ASSINATURA – PROCURADOR/ INTERMEDIÁRIO

Denilze Corrêa Dantas

**SABEMI SEGURADORA S/A**

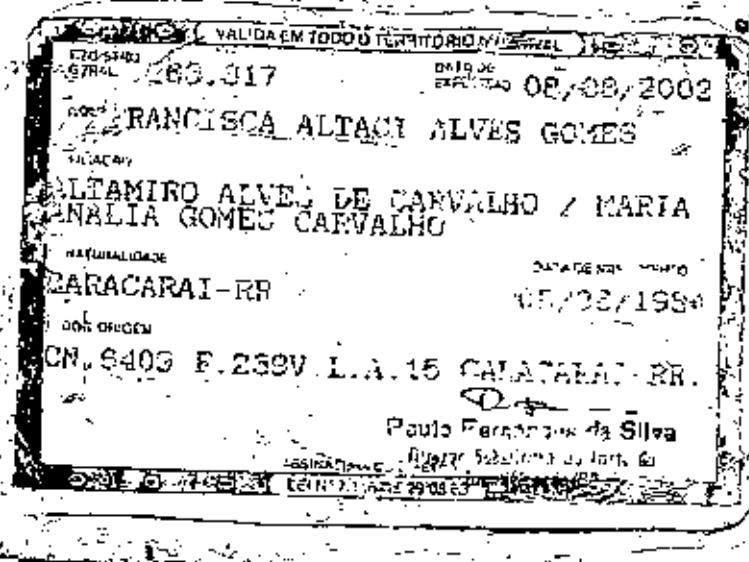
01 SET. 2017

**RECEBIDO**

GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA  
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE  
HOSPITAL GERAL DE RORAIMA - PAAR/UFRR  
AV BRIGADEIRO EDUARDO GOMES, 1311 - AL. PORTO



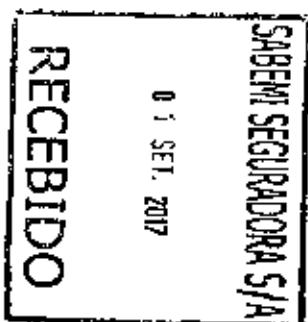
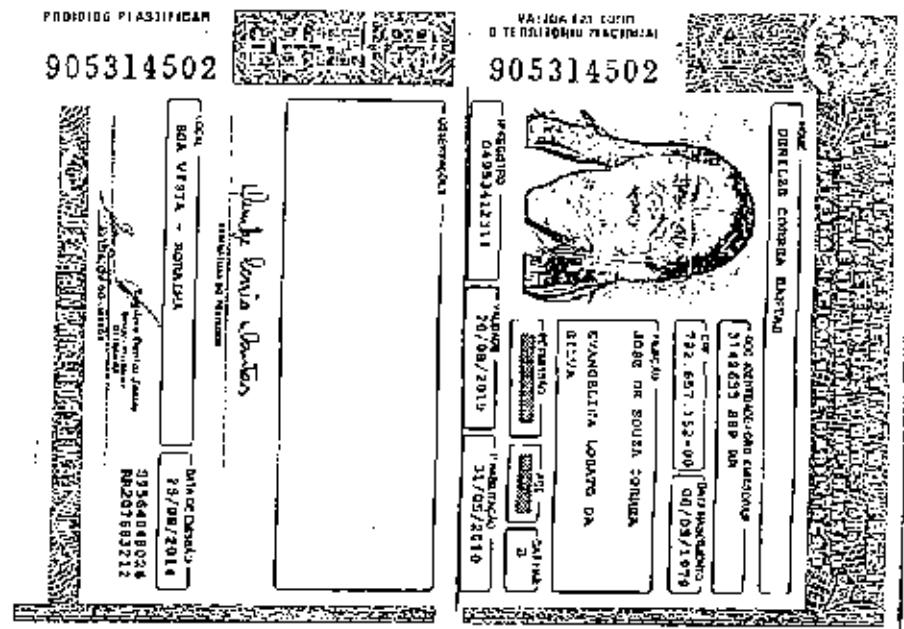
02/06/2016	02/06/2016 16:49:26	FICHA DE ATENDIMENTO		DIAGNÓSTICO	DIURNO 07-19	46
Paciente		Data Nascimento	08/06/1984	Idade	32	M 24 h
FRANCISCA ALTACI ALVES GOMES				CNS	898002743771684	Prontuário
Identidade	263317	Documento	SSP/RR	Sexo	F	Sexo Civil
Maria		Órgão Emissor		Profissão		Nacionalidade
MARIA ANALIA GOMES CARVALHO				SO	ALVORADA/RR	CARACARAI - RR
Endereço				País	ALTAIRIO ALVES DE CARVALHO	Contato
IRUA - JOAO ARTUR DE LIMA - 313 - ALVORADA - BOA VISTA - RR					(95) 99155-2325	Ocupação
						DESEMPREGADO
Classe de Risco	Plano Convênio	Nº da Consulta		Validade	Autorização	Sis Prenatal
	SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE					
Motivo do Aendimento	Caráter do Atendimento	Professional do Atend.				
COLISÃO ENTRE VEICULOS	URGÊNCIA					
Selos	Tipo de Chegada	Prov. de Atend.				
GRANDE TRAUMA	SAMU CAPITAL					
Quicixa Principal						
Atendimento de Enfermagem						
Atendimento (HORA DA CONSULTA - : : :)						
Exame Físico						
Hipótese Diagnóstica						
SADT - Exames Complementares						
<input checked="" type="checkbox"/> RAIOS-X	<input type="checkbox"/> ULTRASON	<input type="checkbox"/> ETC	<input type="checkbox"/> ETC	<input type="checkbox"/> ECO	<input type="checkbox"/> OUTROS:	
PREScrição						
① mordida ron / (x)						
② queimadura ron (x)						
③ RVS/27 2001, (x)						
1/2/91 Seara / (x)						
Condução						
<input type="checkbox"/> Alta curto Prazo Médio						
<input type="checkbox"/> Alta a Pedido						
<input type="checkbox"/> Alta a Revisão						
<input checked="" type="checkbox"/> Transferência para: <u>Elizeu de Souza</u>						
Óbito						
Amigo do 1º Atendimento? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Destino: <input type="checkbox"/> Família					
Assinatura do Paciente ou Responsável						
Carimbo						
Impresso por: <u>rouseilima</u>						
Data: 02/06/2016 16:51:24						
14 DEZ. 2016						
Sheila						
Certifico e Deixo Fica sabida é falso Reprod. que foi apresentado a 14 DEZ. 2016 16:51:24						

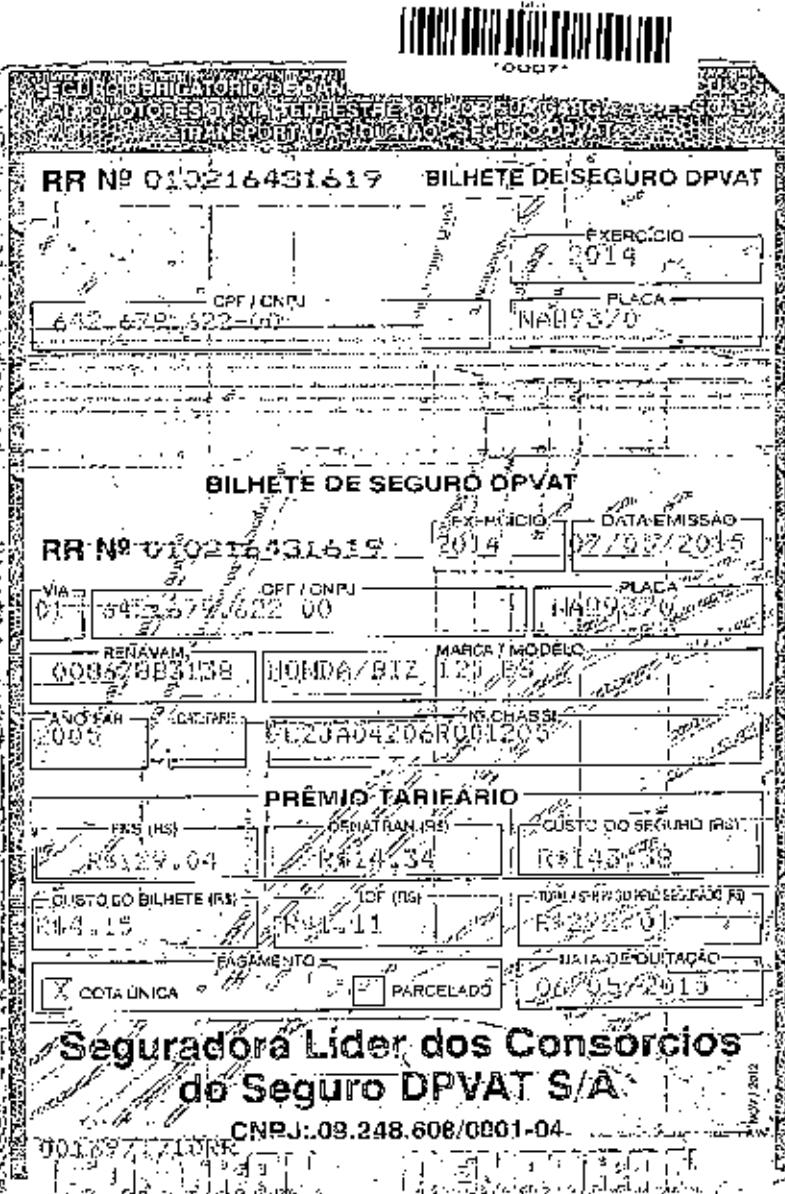
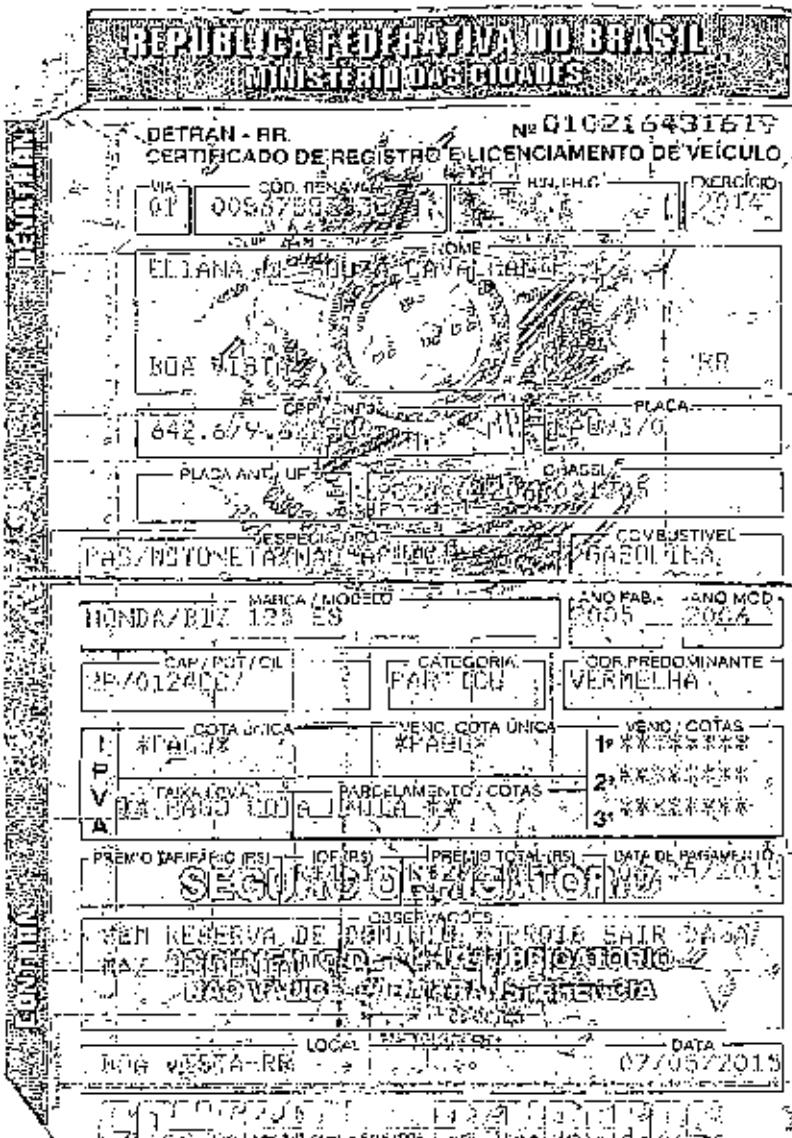


SABEMI SEGURADORA S/A

06 SET. 2017

RECEBIDO





**Seguradora Líder dos Consórcios  
do Seguro DPVAT S/A**

CNPB.13-03-248-608/0001-04

SABEMI SEGURADORA S/A

01 SET. 2017

RECEBIDO

REGISTRO EM MORTE INVALENTE: PODE-SE CUBRIR AS DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DA PROPRIETÁRIO, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO, SE O DANO FOR DEVIDAMENTE DOCUMENTADO E DEVIDAMENTE NOS TERMOS DO PRESCRITO NO ARTIGO 10º, PARAGRAFO ÚNICO, DA LEI N.º 9.503/97.

REGISTRO DE OBITO E DEVIDAMENTE NOS TERMOS DO PRESCRITO NO ARTIGO 10º, PARAGRAFO ÚNICO, DA LEI N.º 9.503/97.

LIMITES MÁXIMOS DE INDENIZAÇÃO POR PESSOA VITIMADA:

MORTE	INVALIDEZ PERMANENTE	DANOS
R\$ 10.500,00	ATÉ R\$ 10.500,00	ATÉ R\$ 2.700,00

DOCUMENTAÇÃO NECESSÁRIA PARA PEDIDO DE INDENIZAÇÃO:

MORTE: REGISTRO DE OBITO (A EXCEÇÃO PELA AUTORIDADE POLICIAL COMPETENTE, COTADO DO OBITO E PROVA DA MORTE DE DEVIDAMENTE).

INVALIDEZ PERMANENTE: LAUDO DE INVALIDEZ MÉDICO LEGAL DA JURISDIÇÃO DO ACIDENTE OU DA RESIDÊNCIA DA VITIMA, COM VERIFICAÇÃO DA DURADOURA E QUANTIFICADA DAS LESÕES, REPARADAS ATÉ A DATA DE ACORDO COM OS PREÇOS INDICADOS NA TABELA, CONSTANTE DE ANEXO A 108/1997, E REGISTRO DA DEPENDÊNCIA PELA CUSTA-CORTE DE COMPETÊNCIA.

DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES: DANOS PROVOCADOS PELAS MÉDIAS EFETUADAS PELA VITIMA, AS DESPESAS DECORRENTES DE ATENDIMENTO À VITIMA DO ACIDENTE ENVOLVENDO VÍCULOS AUTOMOTORES DA VIA PERTINENTE, REGISTRO DE OBITO, EXAME E DADOS PERTINENTES DA VITIMA, DAS DESPESAS DE CUSTA-CORTE, O NOME DO HOSPITAL, AMBULATÓRIO, O VALOR MÉDICO ASSISTENCIAL, AS DESPESAS DE TRÂNSITO E O PREÇO DE ATENDIMENTO A VITIMA.

AS DESPESAS DECORRENTES DE ATENDIMENTO A VITIMA, DAS DESPESAS DE CUSTA-CORTE DO ACIDENTE E REGISTRO DE OBITO, O VALOR MÉDICO ASSISTENCIAL, AS DESPESAS DE TRÂNSITO E O PREÇO DE ATENDIMENTO A VITIMA.

PRÉSTO PARA LIQUIDAÇÃO DE SINOS: TRATA-SE DE CONTADO DA APRESENTAÇÃO DA DOCUMENTAÇÃO NECESSÁRIA.

CENTRAL DE ATENDIMENTO DOS CONSÓRCIOS: BRASIL - TEL. 0800 0221204.

SESP: ATENDIMENTO AO PÚBLICO: TEL. 06040 16884.

SITE PARA ESCLARECIMENTOS SOBRE SEGURO DPVAT: <http://www.oportosegurodpvat10.com.br>

VILLENTA DO BILHETE: 06/01/2001 ATÉ 31/12/2001 (EXCEÇÃO DA LEGISLAÇÃO ESTADUAL E MUNICIPAL).

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

SEGURADO OBRIGATÓRIO

MULTAS DE TRÂNSITO

IPVA - 1<sup>ª</sup> COTA

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

IPVA - 2<sup>ª</sup> COTA

IPVA - 3<sup>ª</sup> COTA OU COTA ÚNICA

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

ENCARGOS DO DETRAN

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

## PROCURAÇÃO PARTICULAR



### OUTORGANTE:

Nome: Francisca Altair Alves Gomes  
Nacionalidade: Brasileiro Est. Civil: Solteira  
Profissão: do lar  
Identidade: 26B.317 CPF: 818.650.072-34  
Endereço: 5-22 1988 B. Santo Amaro

### OUTORGADO:

Nome: DENILZE CORREA DANTAS  
Nacionalidade: BRASILEIRA Est. Civil: CASADA.  
Profissão: EMPRESÁRIA Identidade: 3142655 SSP/RRCPF: 792.657.152-00  
Endereço: AV GENERAL ATAIDE TEIVE Nº 2732 BAIRRO: LIBERDADE

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador o outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar o pedido de indenização referente ao Seguro Obrigatório – DPVAT, concedendo ao outorgado poderes para assinar, enviar e/ou requerer quaisquer documentos necessários junto as seguradoras consorciadas, incluindo receber informações sobre perícia médica e solicitar reagendamento, podendo substabelecer e praticar, enfim, todos os atos de direito permitidos para o fiel e perfeito cumprimento deste mandato, afim de requerer a indenização do Seguro Obrigatório-DPVAT para a vítima

Francisca Altair Alves Gomes

Boa Vista, 14 de Fevereiro 2017

Local e data

Francisca Altair Alves Gomes

Assinatura do Outorgante  
(reconhecer firma por autenticidade)

 DANIEL  
AQUINO

Celular do 2º Ofício de Boa Vista  
Daniel Aquino - F. Lelito e Registrador  
Av. Antônio Teive, 597 - A. Boa Vista - Boa Vista - RR  
Fone: (65) 3676-1186

Reconheço por Semelhança a(s) firma(s) de:

(111-XXXX)-FRANCISCA ALTAIR ALVES GOMES

.....

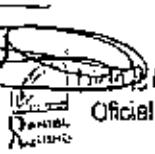
Do que dou fé. Boa Vista, 14 de Fevereiro de 2017

– Daniel Antônio de Aquino-Neto - Testemunho.

– Lúcio Ricardo Oliveira Peixoto - Lelito/Substituto.

– M.B.N. Em testemunho de verdade.

Emolumentos: R\$ 1,56 - Eel(s) PSENTO (111-XXXX)

 Daniel Aquino Peixoto  
Oficial Substituto

**SABEMI SEGURADORA S/A**

01 SET. 2017

**RECEBIDO**